UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945 – N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU MÉGA-ŒSOPHAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 19 Janvier 1945

PAR

Jacques BOUCHER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

Né à Usson-du-Poitou (Vienne), le 1er Septembre 1920

Examinateurs de la Thèse

MM. PAPIN, professeur..... *Président*

CREYX, professeur.....

MASSÉ, agrégé..... *Juges*

MAGENDIE, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE

—

1945

BOUCHER (Jacques)

Contribution à l'étude du traitement chirurgical du méga-œsophage. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, 34 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 24.)

BOUCHER (Jacques)

Contribution à l'étude du traitement chirurgical du méga-œsophage. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, 34 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 24.)

BOUCHER (Jacques)

Contribution à l'étude du traitement chirurgical du méga-œsophage. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, 34 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 24.)

BOUCHER (Jacques)

Contribution à l'étude du traitement chirurgical du méga-œsophage. — Bordeaux, impr. E. Drouillard, 1945. In-8°, 34 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 24.)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945 — N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU MÉGA-ŒSOPHAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 19 Janvier 1945

PAR

Jacques BOUCHER

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

Né à Usson-du-Poitou (Vienne), le 1er Septembre 1920

Examinateurs de la Thèse :

MM. PAPIN, professeur..... *Président*

CREYX, professeur .....

MASSÉ, agrégé..... *Juges*

MAGENDIE, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE

1945

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — ASSESSEUR : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL,
PETGES, GUYOT, ABADIE, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N... DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	JEANNENEY
Clinique chirurgicale	PAPIN
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	LEURET
Médecine légale et deontologie	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Médecine expérimentale	N...
Physiologie	FABRE
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	N...
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N...
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

MM. PÉRY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales),
CHARRIER (Chirurgie générale), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	FRANCK
Médecine générale	PIECHAUD N... N... FONTAN BROUSTET N... SARIC DUBARRY
Chirurgie générale	N... MASSÉ

	MM
Chirurgie générale	N... MAGENDIE POUYANNE
Obstétrique	N... MAHON
Ophtalmologie	N...
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD GRANGER
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	R. MANDOUL

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	MAHON
Puériculture	FAUGÈRE
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL
Médecine légale	N...
Urologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...

	MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	TAYEAU
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE, LE DOCTEUR MICHEL BOUCHER

DÉPORTÉ EN ALLEMAGNE

Dont je ressens, avec les siens, aujourd'hui plus que jamais, la douloureuse absence.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

LE DOCTEUR TINGAUD ET MADAME TINGAUD

LE DOCTEUR PILORGÉ ET MADAME PILORGÉ

LE DOCTEUR L. FERRAND

MONSIEUR A. NASSANS

MONSIEUR A. LAPORTE

LES DOCTEURS C. SARRAZIN ET L. JOUSSET

Mes aînés qui, en toutes circonstances, m'ont aidé et conseillé.

A MES CAMARADES DE TRAVAIL

A MES CHEFS ET A TOUS MES COMPAGNONS F. F. I.
DU 170e R. I.

A MES CHEFS ET A MES CAMARADES AVIATEURS

A TOUS NOS MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. MAGENDIE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CROIX DE GUERRE

Qui nous a donné l'idée de notre travail et nous a permis, sous la direction du Docteur Tingaud, Chef de clinique, de poursuivre toutes les recherches utiles dans le service du Professeur Jeanneney.
Qu'il trouve là l'expression de notre vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSÉ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Qui nous a guidé avec autant de bienveillance que d'autorité dans son enseignement de la Chirurgie.
Qu'il nous soit permis de lui adresser là nos respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CREYX

PROFESSEUR D'HYDROLOGIE THÉRAPEUTIQUE ET CLIMATOLOGIE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui s'est efforcé, dans son accueillant service, de nous faire entrevoir, au-delà du maquis pathologique, la voie droite de la Médecine,

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. PAPIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ

MEMBRE ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

MEMBRE CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Qu'il nous permette de lui présenter tous nos sentiments de respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DU MÉGA-ŒSOPHAGE

INTRODUCTION

Le terme de méga-œsophage, dû à Von Hacker (1907), dénomme une affection sur la nature de laquelle l'accord est encore loin d'être réalisé. La meilleure preuve en est l'abondance des appellations qui la désignent : que ce soit cardio-spasmes, rétrécissement essentiel de l'œsophage, achalasie cardio-œsophagienne, cet état pathologique va uniquement nous intéresser du point de vue de son traitement chirurgical.

Nous laisserons délibérément de côté toute étude anatomique pure et anatomo-pathologique. Quant à la question pathogénique, nous nous bornerons, à seule fin de préciser les idées, à exposer les données essentielles récentes, hypothèses et conclusions, nées en particulier des travaux de Hurst d'une part, de Leriche et de son école d'autre part.

Il ne nous appartient pas non plus d'envisager le traitement médical du méga-œsophage, qu'il convient, au début de l'affection, d'essayer loyalement par l'utilisation des antispasmodiques divers, de l'atropine, de la pilocarpine, qu'il y a lieu aussi de compléter par des manœuvres mécaniques de dilatation avec la sonde à mercure. L'utilisation de la vitamine B_1, par ailleurs, ne répond pas toujours à l'espoir

qu'on peut mettre en elle, bien que dans certains cas une avitaminose ait été indiscutablement reconnue (Etzel, de São Paulo).

Le plus souvent, le traitement médical s'avère insuffisant et n'apporte pas un succès tangible durable.

Nous restons donc en définitive en face d'un problème chirurgical dont la résolution est susceptible d'être trouvée par une étude de technique chirurgicale à laquelle nous serons amené.

RAPPEL CLINIQUE

Cliniquement, le méga-œsophage se présente à nous avec tous les degrés, toutes les nuances, la plupart du temps chez des adultes. Ce n'est parfois qu'une simple dysphagie qui attire l'attention, la gêne à la déglutition survenant par crises à diverses occasions. Notons l'importance dans le déclenchement de ces crises des émotions, du froid, du surmenage; d'ailleurs, notre attention est souvent attirée par la constatation d'un déséquilibre vago-sympathique chez les malades qui viennent consulter. Il n'en est pas moins vrai qu'on ne trouve le plus souvent aucune étiologie particulière au début des troubles.

Parfois, des douleurs peuvent apparaître, mal localisées, irrégulières, sans périodicité véritable, accompagnées souvent de gêne respiratoire.

Une fois le syndrome installé dans sa phase d'état, après une période de pseudo-latence de durée variable, la dysphagie présente une intensité accrue et des régurgitations puis des vomissements alimentaires en fusée viennent donner au tableau clinique ses caractéristiques majeures; et malgré le traitement médical, dans beaucoup de cas, malgré les dilatations à la sonde à mercure, l'amaigrissement progresse, l'état général s'altère. Devant l'échec thérapeutique initial, il faut agir et armer alors la main du chirurgien.

Diagnostic et établissement des conditions opératoires trouveront dans l'examen radiographique en série des éléments de grande valeur : l'absence de poche à air

gastrique apparaît comme un signe d'importance, souligné par B. Desplas et P. Aimé; l'image extériorisant une extrémité inférieure de l'œsophage en entonnoir large d'ouverture, très effilé vers le bas et prolongé par un trajet filiforme presque imperceptible menant à l'estomac, illustre et affirme le rétrécissement œsophagien avec dilatations sus-jacentes.

« Les clichés en série montrent les contractions œsophagiennes luttant contre l'obstacle, avec périodes d'atonie ultérieures. A la longue, l'œsophage se dilate, s'allonge, le méga-œsophage est constitué. »

Après un traitement médical consciencieusement mené et qui n'a pas abouti à une amélioration suffisante, envisageons ce que le chirurgien peut apporter à des malades souvent en état de dénutrition extrême.

Au préalable, nous pensons que de brefs rappels anatomo-pathologiques et pathogéniques seront utiles.

RAPPEL ANATOMO-PATHOLOGIQUE

1° Toutes les formes existent, du méga-œsophage fusiforme aux volumineuses poches œsophagiennes.

2° Au moment de l'intervention, l'œsophage peut se présenter de trois façons différentes (thèse de Marzet).

Il existe :

— ou bien un épaississement, le « fibromyome » de Dufour, l' « olive » d'autres auteurs, ce qui est exceptionnel;

— ou bien une couche musculaire atrophiée, ce qui est également exceptionnel;

— ou bien une couche musculaire non épaissie, à peu près normale avec légère tendance fibreuse, ce qui est la règle.

Ceci amène à étudier de plus près les lésions, si elles existent, du segment cardio-œsophagien. L'examen microscopique peut alors montrer des « faisceaux de fibres musculaires lisses, dissociées par un tissu collagène anormalement abondant. Le processus scléreux atteint d'autre part les plexus d'Auerbach et de Meissner. » (Brown Kelly.)

Les lésions nerveuses semblent prépondérantes.

RAPPEL PATHOGÉNIQUE ET ÉTIOLOGIQUE

Pour intervenir efficacement, sur quelles bases le chirurgien va-t-il s'appuyer ? Considérons brièvement une classification pathogénique inspirée de P. Hillemand, Servelle, Cherigié et Viguié; car, si le méga-œsophage se présente schématiquement comme un rétrécissement plus ou moins serré de la partie inférieure de l'œsophage avec dilatation sus-jacente du conduit, des origines diverses appellent peut-être des interventions différentes.

1° Il y a des méga-œsophages dont la cause apparemment est nette.

Ce sont les méga-œsophages secondaires à une lésion organique, ulcère du cardia, sténose fibreuse du cardia, néoplasme par exemple. Des brides, des vaisseaux anormaux semblent n'être que des causes favorisantes et en tout cas assez peu fréquentes.

2° Mais la plus grande majorité des cas que nous observons a une pathogénie bien sujette à discussion.

On a incriminé successivement :

a) *Des lésions congénitales.* — Nous avons déjà vu que l' « olive », par analogie avec l'olive pylorique, est une curiosité.

D'autre part, si les auteurs américains du Sud publient des associations de méga-œsophages avec méga-côlons (63 p. 100 dans la statistique d'Etzel), les auteurs français, de leur côté, considèrent la théorie de Bard comme exceptionnelle. Il y a possibilité néanmoins d'un dolicho-œsophage susceptible ultérieurement de devenir un dolicho-méga-œsophage et d'aboutir à un méga-œsophage.

b) *Des troubles endocriniens et des maladies infectieuses.*

c) *Des avitaminoses.* — Etzel insiste sur le facteur carentiel qui serait à l'origine du méga-œsophage en se basant sur la constatation de l'association fréquente méga-œsophage-beriberi. Le traitement médical pourra alors bénéficier de l'utilisation de la vitamine B_1, au début tout au moins, car une fois le méga-œsophage dans sa phase d'état il semble difficile à admettre qu'une régression anatomique puisse se manifester.

d) *Un déséquilibre de l'innervation œsophagienne* permettant de grouper tous les méga-œsophages fonctionnels, de tous les plus nombreux, autour de la théorie de Hurst sur laquelle nous aurons l'occasion d'insister plus loin. A l'appui de cette théorie, nous rencontrons les observations de méga-organes chez les toxicomanes ou provoqués par l'ypérite (Worms et Leroux Robert).

Enfin, la théorie de Leriche, basée sur les modifications de l'innervation par suite de perturbations sympathiques, et rejoignant la précédente, nous semble être au premier plan, et c'est elle qui va le plus souvent nous guider dans notre étude, comme nous le verrons ultérieurement.

Des considérations étiologiques, il ressort que, à part quelques cas rarissimes où l'on peut atteindre directement la cause, le rétrécissement de l'œsophage peut être le plus souvent considéré comme essentiel, avec les conséquences qui en découlent pour son traitement.

ÉVOLUTION DES IDÉES SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DU MÉGA-ŒSOPHAGE

Dans certains cas bien définis, illustrés par des signes cliniques et des difficultés opératoires d'ordre spécial, certains auteurs français et surtout les Américains préconisent l'opération de Hierowsky ou cardio-gastrostomie.

Mais l'intervention la plus couramment employée, la plus ancienne et qui a fait ses preuves, c'est l'opération de Heller ou œsophago-cardiotomie extra-muqueuse.

Nous ne nous attarderons pas à décrire cette opération bien connue, où l'incision de la couche musculaire œsophagienne sur une longueur de plusieurs centimètres fait jaillir une portion de muqueuse comme le « crevé » de certains vêtements, rétablissant aussitôt un transit œsophago-gastrique auparavant compromis. Retenons principalement la voie d'accès par laparotomie médiane sus-ombilicale permettant, le foie récliné, d'aborder efficacement la partie terminale de l'œsophage préalablement abaissé.

Cette opération, relativement simple, a toujours donné des résultats appréciables. Il nous suffit de parcourir la littérature chirurgicale pour recueillir l'opinion de ceux qui ont l'expérience de cette intervention — que ce soient J. Senèque, R. Soupault, Moulonguet et Picot, A. Martin et P. Banzet, Charbonnel et Massé, B. Desplas et P. Aimé, Santy —, nous constatons que les statistiques publiées comportent toujours un pourcentage remarquable d'heureux résultats, considérés avec un recul suffisant dans le temps.

Parmi l'une des plus brillantes statisques, notons celle de R. Soupault (4 décembre 1940) portant sur 17 cas de méga-œsophages traités avec succès par l'opération de Heller, et portée depuis à 25 cas avec autant de bons résultats. De leur côté, P. Santy et Marcel Bérard rapportent en 1943, sur 27 cas traités diversement, 25 opérations de Heller avec des résultats satisfaisants.

Cependant, les Américains Oschner et Bakey jettent une légère note discordante en publiant 20 p. 100 d'échecs.

Il n'en est pas moins vrai que l'opération de Heller s'avère comme une bonne opération. Les résultats immédiats et à distance sont satisfaisants. Ils le sont fonctionnellement, les malades étant soulagés, pouvant reprendre l'alimentation et accroître rapidement leur poids. Mais, et c'est là un point important, les examens radiographiques apportent des résultats discordants avec les signes cliniques. Avec une amélioration fonctionnelle considérable, les clichés montrent la persistance d'un conduit dilaté et atone et d'une striction sous-jacente toujours serrée. Le débridement empirique de la tunique musculaire constitue un procédé opératoire parfaitement efficace fonctionnellement, mais n'apporte pas une amélioration absolue, ainsi que le signalent Bergeret et Leriche et que l'ont confirmé tous les opérateurs depuis.

Est-il possible de mieux faire ?

Pour cela, voyons si des recherches récentes ont apporté un peu de lumière sur l'installation et l'apparition du méga-œsophage.

Les constatations opératoires montrent, nous l'avons vu, que l'existence d'une olive, par analogie avec le rétrécissement pylorique, est exceptionnelle (P. Santy et M. Bérard). Quant au phrénospasme auquel avait pensé Mikulicz, il semble improbable, compte tenu de la grandeur constante de l'anneau diaphragmatique.

Presque toujours on ne relève rien d'autre qu'une striction musculaire, la musculeuse n'étant elle-même pas toujours

profondément modifiée, ou, si elle l'est, c'est une orientation vers le type fibreux que l'on décèle. Le rétrécissement ne se borne d'ailleurs pas au seul cardia, car les clichés montrent un défilé plus ou moins long intéressant la partie terminale de l'œsophage.

S'appuyant sur la connaissance du mécanisme de production du méga-côlon, Leriche reprend la même interprétation pour le méga-œsophage : « le nerf qui relâche la contraction du conduit fait contracter le sphincter et, inversement, celui qui fait contracter le conduit relâche le sphincter ».

Or, on peut admettre, bien que la topographie exacte de l'innervation ne soit pas suffisamment précisée, que le sympathique est à la fois dilatateur de l'œsophage et constricteur du cardia, d'où la conception de Hurst de reconnaître pour le méga-œsophage une origine dystonique, relevant d'un trouble d'innervation qui, d'une part, inhibe la contraction musculaire du conduit qui se dilate ultérieurement, et, d'autre part, renforce, resserre la contraction du cardia

Il venait donc alors à l'esprit d'agir sur le sympathique.

Notons qu'en 1934 Craig, Vinson et Moersch réalisèrent la sympathectomie cervico-thoracique pour un cas de méga-œsophage.

Depuis, c'est le splanchnique qui a fait le plus souvent l'objet des interventions. Et ceci, pour les raisons suivantes :

En 1941, à l'appui de la théorie de Leriche, P. Santy, M. Bérard et Ballivet constatent qu'une anesthésie du splanchnique gauche à la novocaïne provoque de violentes éjaculations cardiaques qui vident l'œsophage et, ultérieurement, après nouvelle infiltration, font régresser la largeur de l'œsophage dilaté.

Les mêmes résultats sont obtenus en 1942 par Leriche, qui traite avec succès un méga-œsophage par une série d'infiltrations splanchniques gauches.

Confirmant le bien-fondé des infiltrations splanchniques, M. Caillon et M. Tingaud ont montré à la Société anatomo-

clinique de Bordeaux les modifications morphologiques et dynamiques qui suivaient l'injection de 40 cm³ de novocaïne au niveau des splanchniques.

L'épreuve complémentaire au nitrite d'amyle, dont le pouvoir vaso-dilatateur est bien connu, est venue compléter et renforcer les résultats des anesthésies splanchniques.

Ainsi, les résultats concordants de ces diverses observations cliniques, tout en confirmant la théorie de Leriche, apportent de plus des éléments de la plus haute importance concernant l'innervation de la partie terminale de l'œsophage qui est encore mal connue.

La description des filets nerveux issus des pneumogastriques et des splanchniques reste à préciser, malgré les travaux de Damm (Leriche), de H.-S. Souttar.

La participation du splanchnique à l'innervation de la partie terminale de l'œsophage s'avère certaine, d'après ce que l'on obtient par infiltration. Ce qui serait intéressant à connaître, c'est le trajet exact des filets nerveux. En effet, le splanchnique est thoracique par ses racines d'origine et une grande partie de son trajet.

Emet-il des nerfs collatéraux destinés à gagner directement l'œsophage ? Ou bien le splanchnique ne se distribue-t-il qu'après avoir gagné ganglion semi-lunaire et plexus cœliaque ?

La rapidité avec laquelle nous avons été obligé d'élaborer notre travail ne nous a pas permis de poursuivre toutes les recherches anatomiques que nous aurions désirées.

Néanmoins, les dissections que nous avons pratiquées avec le Docteur Tingaud nous ont semblé montrer que les filets sympathiques, qui participent à l'innervation de l'œsophage inférieur, passaient en grande partie, sinon en totalité, par le plexus coronaire pour suivre la même voie que l'œsophago-cardio-tubérositaire, de telle sorte que la section, après ligature, de la faux de la coronaire équivaudrait à une splanchnicectomie et peut-être à une splanchnicectomie bilatérale.

De toute façon, devant les résultats des infiltrations, il devenait logique d'intervenir de façon plus directe, et cela d'autant plus que l'opération de Heller dans certains cas n'apportait pas de succès.

Presque simultanément, P. Santy, M. Bérard, Ballivet et Leriche réalisèrent la splanchnicectomie gauche ou bilatérale par voie médiastinale. Bergeret pratique en 1943 cette intervention trois fois, toujours par voie médiastinale.

Malgré le test de succès apporté par les infiltrations préalables, les résultats furent heureux dans certains cas, décevants dans d'autres. La splanchnicectomie s'avère-t-elle alors comme une opération qui n'intéresse pas un nombre suffisant de rameaux nerveux, alors que la diffusion de la novocaïne infiltre un grand nombre de filets sympathiques ? C'est du moins l'opinion de P. Santy et M. Bérard qui préconisent la section méthodique de tous les filets nerveux, véritable pluie de filets sympathiques qui abordent la région cardio-œsophagienne.

Il n'en reste pas moins vrai que la splanchnicectomie apportait un élément thérapeutique intéressant dans les cas de méga-œsophage.

Tout ceci nous permet de poser les conclusions suivantes :

1° L'opération de Heller s'affirme d'une façon constante comme une intervention efficace;

2° La splanchnicectomie a, à son actif, de notables succès et permet d'agir sur la dilatation du conduit.

Or, ces deux opérations de type différent, l'une empirique, l'autre basée sur une expérimentation clinique d'inspiration anatomo-physiologique, se rejoignent. Il est en effet admis maintenant (thèse de Servelle) que l'opération de Heller réalise une sympathectomie péri-œsophagienne, puisqu'il y a nécessité pour avoir de bons résultats à effectuer une large libération et un abaissement de l'œsophage thoracique, ce qui détruit de nombreux filets sympathiques, tout en respectant les deux pneumogastriques, lesquels restent accolés à l'œsophage. A l'appui de cette opinion, il suffit de

remarquer que l'ouverture de la muqueuse, souvent signalée, nécessite une suture par plusieurs points musculo-séreux, ce qui va à l'encontre de la théorie primitive de Heller, sans pour cela qu'il y ait modification des résultats obtenus qui restent excellents.

Même si l'opération de Heller et la splanchnicectomie ne présentaient pas entre elles quelques liens de parenté, il restait possible l'association des deux interventions. Ce qui fut fait et il nous suffit de rappeler cette phrase de Bergeret : « Il semble que l'association de la splanchnicectomie et de l'opération de Heller donne un résultat immédiat plus complet. » Leriche, d'autre part, estimant à juste titre que cette association est susceptible d'apporter, outre l'amélioration fonctionnelle, une amélioration contrôlable radiologiquement, ce que n'apporte pas l'opération de Heller seule.

En bref, le programme thérapeutique que la chirurgie propose est le suivant :

a) Traitement d'épreuve par les infiltrations splanchniques, ce qui sera parfois suffisant;

b) Opération de Heller ou, mieux, association de l'opération de Heller et de la splanchnicectomie;

c) En cas d'échec de l'opération de Heller, agir sur le splanchnique.

Notons que si, jusqu'ici, c'est le splanchnique gauche qui a été le plus souvent infiltré ou sectionné, nous ne devons pas perdre de vue que les splanchnicectomies bilatérales réalisées se sont montrées au moins égales, sinon supérieures.

De toute façon, retenons le point essentiel de l'association de l'opération de Heller et de la splanchnicectomie.

Mais la disparition plus rapide d'un méga-œsophage justifie-t-elle une opération de l'importance de la splanchnicectomie ? Le résultat obtenu est-il en rapport avec une intervention supplémentaire dont l'importance est loin d'être négligeable ? C'est avec juste raison que Hillemand,

Servelle, Cherigé et Viguié écrivent : « La succession de deux interventions reste un gros ennui pour le malade. Une amélioration considérable serait apportée s'il était techniquement possible d'accomplir en un temps la double intervention. »

C'est cette opération en un temps qui va faire l'objet de notre étude. Avant d'établir tout protocole de technique, envisageons l'intervention telle qu'elle vient d'être réalisée, dans le service du Professeur Jeanneney, par le Professeur agrégé Magendie.

OBSERVATION

Au début d'octobre 1944, L... (Suzanne), trente et un ans, entre dans le service du Professeur Jeanneney.

Le début de l'affection remonte à 1936 lors d'une première grossesse. La malade, au cours d'un repas, éprouve une sensation de stase des aliments en arrière du sternum, accompagnée de gêne respiratoire. Elle boit une gorgée de liquide et les troubles cessent. Des incidents de cet ordre se renouvellent de temps à autre, mais après l'accouchement tout rentre dans l'ordre.

En 1939, à l'occasion d'une nouvelle grossesse, les troubles se reproduisent, accompagnés de régurgitation. Ils cessent à nouveau après l'accouchement. Mais un examen radiographique pratiqué en 1941 souligne l'existence d'un méga-œsophage.

En 1943 survient une troisième grossesse. Il se produit une nouvelle apparition des troubles qui sont plus marqués, s'accompagnent de troubles généraux et subsisteront après l'accouchement.

Actuellement, la malade présente un amaigrissement de 4 kilogrammes depuis un mois. Les régurgitations sont fréquentes mais seulement au cours des repas. Par ailleurs, on ne relève rien de notable.

Examen radiologique le 12 octobre 1944 :

1° Dans la poche œsophagienne existe un liquide de stase remontant jusqu'à la crosse aortique et surmonté d'une bulle d'air.

2° L'œsophage apparaît constitué par une colonne opaque large de 6 centimètres, jusqu'à la crosse aortique : quand la bouillie barytée atteint ce niveau, l'évacuation commence mais se fait très lentement.

3° Après anesthésie du splanchnique gauche, on observe l'apparition d'un net péristaltisme œsophagien.

4° L'inhalation d'une ampoule de nitrite d'amyle entraîne une vidange accélérée de la bouillie.

Intervention (Professeur agrégé Magendie). — Rachi : percaïne.

Laparotomie médiane sus-ombilicale remontant sur le flanc gauche de l'appendice xyphoïde.

1° Opération de Heller suivant la technique habituelle.

2° Splanchnicectomie. Les anses grêles sont refoulées à droite. Le péritoine est incisé au niveau de l'angle splénique. Le côlon, le rein et le pédicule rénal sont rabattus vers la droite. On découvre ainsi les piliers du diaphragme : les splanchniques facilement reconnus sont sectionnés.

Reconstitution du ligament spléno-colique. Fermeture en trois plans. Suites opératoires normales.

Il ne s'agit pas ici de discuter la valeur des résultats donnés par l'association de la splanchnicectomie et de l'opération de Heller. Il faudrait pour cela plusieurs cas semblables et un recul suffisant. Cette observation montre seulement qu'il est possible d'exécuter les deux interventions *en un seul temps opératoire.*

Nous estimons, en effet, que cette association est intéressante, ainsi que nous l'avons signalé précédemment à propos des résultats de l'opération de Heller où la discordance est parfois frappante entre l'excellence du résultat fonctionnel et la persistance des troubles anatomiques après la simple cardiotomie.

Certes, l'opération ainsi comprise présente quelques difficultés dans la façon d'exposer le champ opératoire. Sur un sujet gras, ou qui dort mal, elle peut devenir pénible et même s'avérer impossible, mais dans des conditions normales, aidée par l'anesthésie rachidienne à la percaïne, l'opération a paru facilement réalisable.

Voici la technique opératoire que nous proposons, tirée de l'enseignement de cette première intervention.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

1° *Anesthésie.* — L'anesthésie locale, même avec une anesthésie de base de type Scophédal, semble être insuffisante.

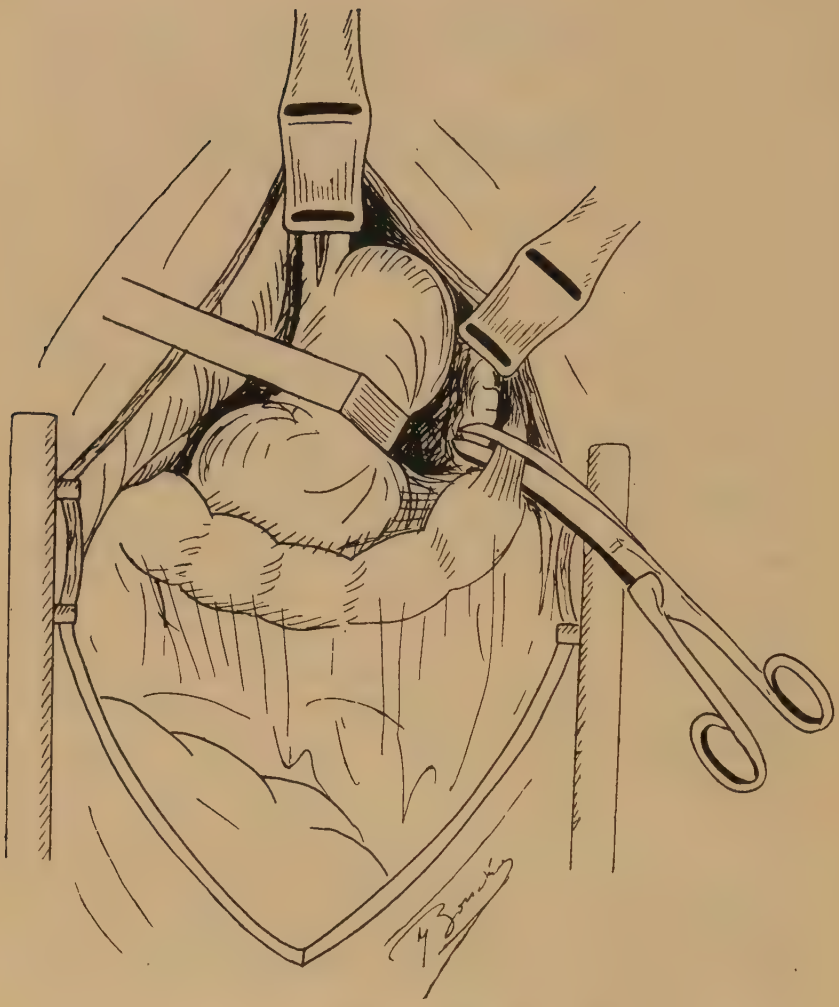
L'anesthésie générale à l'éther peut être utilisée, mais, là comme dans toutes les grosses interventions abdominales, dans le service du Professeur Jeanneney la préférence est donnée à la rachi-anesthésie à la percaïne corrigée par deux injections de Pressyl dix minutes auparavant et par une nouvelle injection de Pressyl à la demande au cours de l'intervention, cette dernière étant réglée sur les variations de la tension artérielle qui doit être prise toutes les cinq minutes au cours de l'opération.

Chez les sujets pusillanimes, sauf contre-indications rénales et hépatiques, on fera 1 cm^3 de Scophédal une heure avant comme complément. Cette anesthésie a le mérite de donner un silence abdominal parfait.

D'autre part, les constatations faites dans le service du Professeur Jeanneney montrent que la période postopératoire est beaucoup moins troublée qu'avec l'anesthésie générale : aucun accident n'a jamais été noté.

2° Le chirurgien se met à droite du sujet, l'aide principal en face et un second aide se tiendra à côté du chirurgien, entre lui et le membre supérieur.

3° Le nécessité d'exécuter des manœuvres intra-abdominales importantes exige une large voie d'accès; c'est pourquoi on pratiquera une laparotomie médiane susombilicale descendant cependant à 2 ou 3 centimètres au-



Section du ligament phréno-colique gauche.

dessous de l'ombilic et remontant jusqu'à la base de l'appendice xyphoïde; ce dernier peut être réséqué et cette manœuvre est parfois nécessaire chez un malade du type longiligne, car la coupole diaphragmatique remonte très haut.

Chez les brévilignes, la simple incision latéro-xyphoï-

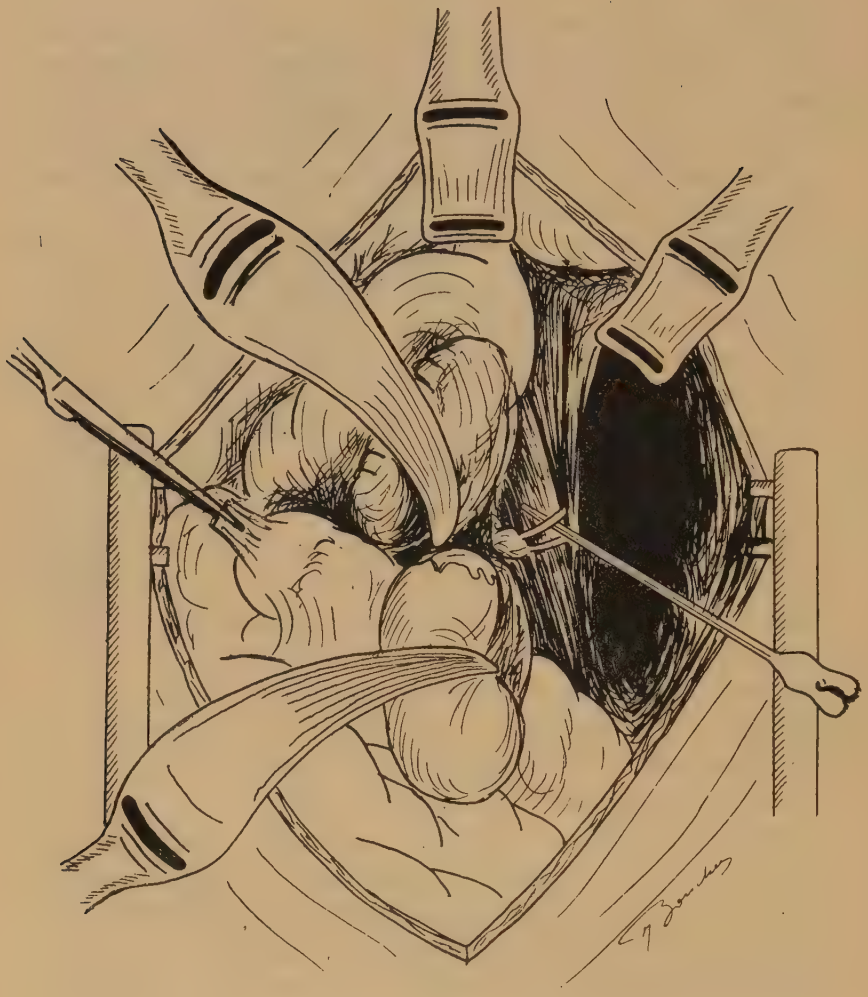
dienne avec ou sans section du cartilage paraît suffisante.

4° On effectue l'opération de Heller suivant la technique habituelle; le débridement œsophagien doit être fait d'une manière étendue, car il est admis à l'heure actuelle qu'il agit autant par son action mécanique que par la sympathectomie qu'il réalise.

5° *Splanchnicectomie gauche.* — Si on décide de faire une splanchnicectomie gauche, on commencera par refouler à l'aide d'un champ les anses grêles dans le fond de la cavité abdominale. A l'aide d'une valve, on écartera la paroi abdominale gauche de manière à découvrir l'angle colique gauche; le péritoine sera incisé le long de la gouttière pariéto-colique sur 5 ou 6 centimètres en partant de l'angle et on pratiquera un décollement colo-pariétal sur une étendue suffisante, variable avec le type morphologique du sujet. On arrive alors au niveau du bord externe du rein. La loge rénale est incisée puis largement dégagée en suivant le plan de clivage rétro-rénal. La masse viscérale — constituée de haut en bas par la rate et la queue du pancréas, le rein gauche et la capsule surrénale, le côlon et le méso-côlon — est alors ramenée vers le centre de l'abdomen; toute cette masse est maintenue par valves.

Tout ce décollement s'exécute facilement sans hémorragie notable et la paroi abdominale postérieure est ainsi découverte à gauche dans son ensemble. On arrive facilement sur le psoas. A l'endroit même qui était recouvert par la capsule surrénale gauche, on va alors chercher le splanchnique. La dissection doit être poursuivie minutieusement à l'aide de tampons montés imbibés de novocaïne.

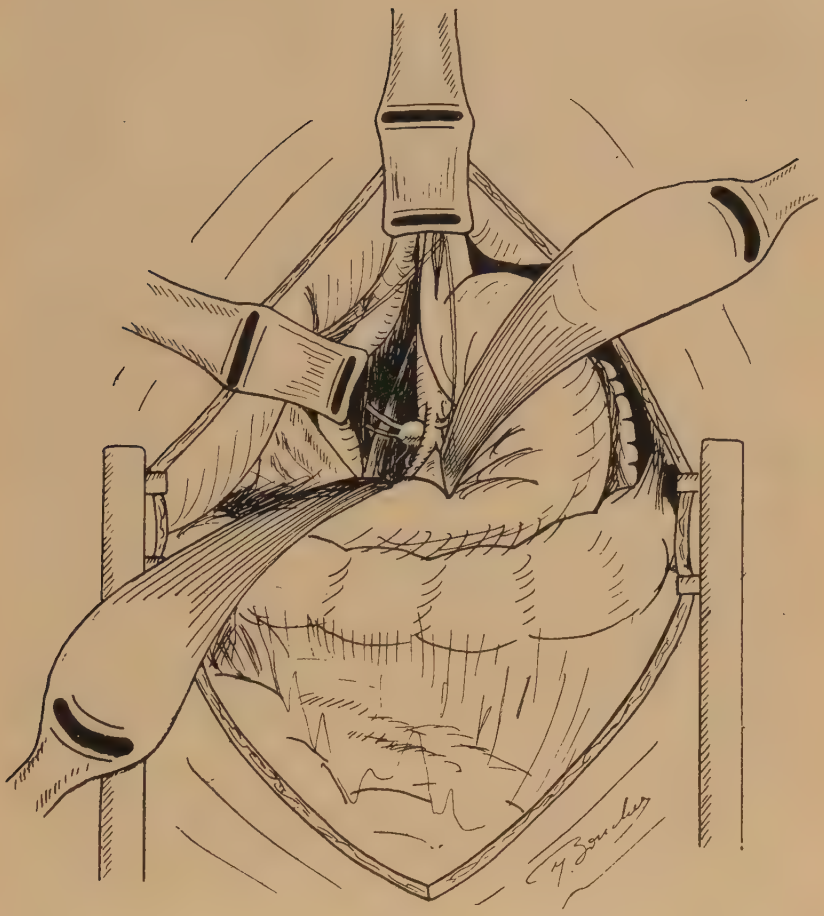
Le plus souvent, le splanchnique est facilement découvert sous la forme d'un cordon blanc grisâtre à direction très fortement oblique en bas et en dedans. Au cas où on ne le découvrirait pas directement, on chercherait d'abord le sympathique lombaire, facile à reconnaître grâce à ses ganglions, et on recommencerait les recherches en dedans de sa partie haute. C'est d'ailleurs dans l'angle constitué par le



Découverte du nerf grand splanchnique gauche.

splanchnique et le sympathique lombaire que l'on recherchera le petit splanchnique et le splanchnique inférieur qui doivent aussi être découverts.

Ces éléments reconnus, toute la région sera largement infiltrée de novocaïne et les nerfs seront sectionnés entre double ligature, car ils sont souvent accompagnés de petits vaisseaux.



Découverte des nerfs grand et petit splanchniques droits.

La section faite, la masse viscérale décollée sera remise en place, l'angle splénique fixé par quelques points au catgut fil et la gouttière pariéto-colique reconstituée. Au cas où l'intervention aurait entraîné une certaine hémorragie, ce qui ne s'est pas présenté au cours de l'opération que nous rapportons, il serait bon de pratiquer un drainage lombaire au point déclive. Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Splanchnicectomie droite (1). — L'intervention doit être, semble-t-il, beaucoup plus simple. Nous n'avons pas eu l'occasion de voir pratiquer cette intervention sur le vivant, mais nous l'avons réalisée avec le Docteur Tingaud plusieurs fois à l'amphithéâtre. Après avoir effondré le petit epiploon, on place une valve vaginale ordinaire sur la faux de la coronaire stomachique qu'on écarte en haut et à gauche, et une valve semblable sur la faux de l'hépatique qu'on écarte en bas et à droite. La région cœliaque est ainsi largement découverte. On repère alors la veine cave inférieure et le tronc cœliaque. A partir de ce moment, la dissection doit être poursuivie avec minutie à l'aide de tampons montés imbibés de novocaïne. On repère facilement le tronc cœliaque et le ganglion semi-lunaire. Arrivant à ce ganglion, on découvre le splanchnique droit oblique en bas et en dedans. Ce dernier, accompagné d'un petit tronc vasculaire, doit être sectionné entre deux ligatures.

La blessure de la veine cave inférieure nous semble aisément évitable pour peu qu'on la repère d'une manière correcte. Les différents plans sont reconstitués en fin d'intervention.

---

(1) Suggestion de M. le Docteur Magnant (de Langon).

CONCLUSIONS

Il n'existe pas un recul de temps suffisant pour pouvoir juger de façon précise les résultats de la splanchnicectomie associée à l'opération de Heller en un temps.

Néanmoins, considérant le traitement chirurgical du méga-œsophage dans son ensemble, d'une façon générale nous aboutissons aux conclusions suivantes :

Dans le méga-œsophage, le but chirurgical est de remédier aux troubles fonctionnels engendrés par la gêne du transit au travers du segment cardio-œsophagien et de rétablir un passage aisé du bol alimentaire.

Cette gêne apparaît due à deux facteurs essentiels :

1° Une sténose du segment terminal de l'œsophage, réalisée par un anneau musculaire très serré;

2° L'atonie du segment œsophagien sus-jacent.

Il s'agit, d'une part, de créer une « incontinence permanente », d'autre part, de rendre dans la mesure du possible une certaine tonicité au conduit.

Pour ce faire, nous disposons de deux moyens :

a) L'opération de Heller qui sectionne l'anneau musculaire et agit aussi comme une sympathectomie locale;

b) La splanchnicectomie qui est susceptible de relâcher la striction cardio-œsophagienne et d'assurer au segment œsophagien sus-jacent une certaine tonicité.

Dans l'état actuel de nos connaissances, associer les deux méthodes semble satisfaire à nos exigences les plus importantes. Un écueil subsistait, d'ordre pratique et d'intérêt du malade. En effet, la disparition plus rapide d'un méga-

œsophage réalisée par l'association du Heller et de la splanchnicectomie justifie-t-elle une opération de l'importance de cette dernière intervention pratiquée par voie médiastinale en un second temps ? En somme, le résultat obtenu est-il en rapport avec une intervention supplémentaire dont l'importance est loin d'être négligeable ?

Cette question perd une partie de sa valeur si opération de Heller et splanchnicectomie sont réalisées *en un seul temps,* ce qui est possible ainsi que le montre l'opération pratiquée par le Professeur agrégé Magendie et dont l'observation a servi de base à notre travail. La question était de pouvoir aborder le splanchnique par voie abdominale haute.

Nous nous sommes efforcé, une fois l'opération de Heller normalement conduite, d'exposer un protocole opératoire valable pour une splanchnicectomie gauche d'après l'intervention effectuée.

Nous pensons que la splanchnicectomie droite peut être réalisée, d'après ce que nous avons constaté avec le Docteur Tingaud à l'amphithéâtre; et il est possible qu'en certains cas une splanchnicectomie bilatérale puisse être utile.

Naturellement, chaque cas clinique appelle des nuances dans la nature de l'intervention proposée.

Pour terminer, il nous semble intéressant de signaler combien la distribution exacte du splanchnique dans le territoire cardio-œsophagien serait utile à connaître d'une façon précise, de manière à pouvoir juger de la qualité de la sympathectomie partielle qu'on se propose de réaliser, de manière aussi à pouvoir agir avec plus de discernement et de façon encore moins empirique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen,*
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
LABAT.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
F. PAPIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 11 Janvier 1945.

Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

BERGERET. — Dyskinésie de l'œsophage terminal. *C. R. Académie de Chirurgie*, tome 69, 1943, n° 25 et 26, p. 479.

CHARBONNEL et MASSÉ. — Méga-œsophage; cardio-œsophagotomie extra-muqueuse, par voie abdominale. *Société de Chirurgie*, 6 juillet 1932.

CHÊNE et POIRIER. — Dyskinésies œsophagiennes. *Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, décembre 1941.

DESPLAS (B.) et AIME (P.). — A propos des sténoses du cardia avec méga-œsophage secondaire. *C. R. Académie de Chirurgie*, tome 67, 1941, n° 1 et 2, p. 7.

ETZEL. — Question of avitaminosis in etiology of méga-œsophages. *Fol. Clin. et Biolog.*, 1935, 261-270.

HILLEMAND (P.), SERVELLE, CHERIGIÉ et VIGUIÉ (R.). — A propos de la pathogénie et du traitement du méga-œsophage. *Presse médicale*, 11 novembre 1944.

HURST. — Achalasia of the cardia. Cité par L. CARDÉNAL dans le *Rapport au Congrès de Chirurgie de Madrid*, 1932.

MARZET (A.). — Contribution à l'étude du méga-œsophage. Thèse, Paris, 1941.

SANTY (P.), BÉRARD (M.) et BALLIVET. — A propos de quinze observations de méga-œsophages traités chirurgicalement. *Lyon Chirurgical*, tome 38, n° 2, mars-avril 1943.

SANTY (P.) et BÉRARD (M.). — Traitement du méga-œsophage. *C. R. Académie de Chirurgie*, tome 69, 21 octobre 1943, n° 2, p. 374.

SERVELLE. — Chirurgie du splanchnique. Thèse, Paris, 1942.

SOUPAULT (R.). — L'œsophago-cardiotomie extra-muqueuse ou opération de Heller. *Journal de Chirurgie*, 1933.

SOUPAULT (R.). — Rétrécissement cardio-œsophagien essentiel. Caractéristiques. Traitement. *Paris Médical*, avril 1934.

SOUTTAR (H.-S.). — The Cardiospasme. *The British medical Journal*, 26 octobre 1935.

(1) Nous avons borné volontairement notre bibliographie aux publications les plus récentes et concernant principalement l'association de l'opération de Heller et de la splanchnicectomie.

Bordeaux. — Imprimerie E. Drouillard, place de la Victoire, 3.